

طلب الحصول على مُساعدة

APPLICATION FOR BENEFITS

أسئلة وأجوبة

إذا احتجت إلى مُساعدة لقراءة هذه الوثيقة، الرجاء طلب المُساعدة من موظف الاستقبال.

سؤال: كيف أتقدم بطلب للحصول على المساعدة؟

جواب: سهل جداً، اهلاً استمارة الطلب. ضع علامة في المربع في أعلى الصفحة 2 إذا احتجت إلى مُساعدة للأهزة الاستهلاكية. يؤثر تاريخ تقديم الطلب على تاريخ بداية الحصول على المساعدة. إذا تقدمت بطلب نيابة عن شخص آخر، أجب عن الأسئلة باستعمال المعلومات المتعلقة بذلك الشخص. سوف تحتاج لمعرفة، على الأقل، اسمك وعنوانك وتوفيتك في الصفحة 2، للبداية في الإجراءات، والصفحتين 3 و 4 لإكمال إجراءات الطلب. إن لم يكن لك عنوان قارئ، نرجوك أن تتحدث إلى موظف الاستقبال عند إرجاعك لاستمارة الطلب حتى نتمكن من معرفة كيفية الاتصال بك. بإمكانك إرجاع الاستمارة لموظف الاستقبال أو ارسالها عن طريق البريد إلى مكتب الخدمات الاجتماعية المحلي (Community Services Office-CSO). بالنسبة لخدمات العناية على المدى الطويل، أرسل الاستمارة عن طريق البريد إلى مكتب الخدمات الاجتماعية المحلي. لن تحتاج إلى لقاء إن كنت تطلب الحصول على مُساعدة طبية فقط.

سؤال: ماذا لو احتجت إلى مُساعدة غذائية في الحين؟

جواب: أجب عن الأسئلة من 1 إلى 14 وسلم الاستمارة إلى موظف الاستقبال في الحين. إن لم تكن بالكتاب المحلي، أرسل هذه الاستمارة عن طريق البريد أو سلمها بنفسك إلى المكتب المحلي.

قد تحصل على المساعدة الغذائية خلال خمسة (5) أيام من تاريخ استلامنا للطلب إذا:

- قدمت ما يثبت هويتك;
- إن كان دخل عائلتك ضعيف جداً أو موارد أخرى;
- أو إن لم يكن دخل عائلتك والموارد الأخرى يكفي لتغطية الإيجار الشهري والمراقب;
- إن كان أحد أفراد العائلة، عاملًا مُتنقلًا عاطلاً عن العمل أو عاملًا فلاحياً موسمياً.

سؤال: متى ستبدأ المساعدة؟

جواب: إذا تأهلت للحصول على مُساعدة مالية، ستبدأ هذه المساعدة في التاريخ الذي نتسلم فيه كل المعلومات لتحديد تأهلك. إذا تأهلت للحصول على مُساعدة غذائية، يكون مبلغ المساعدات التي تحصل عليها مبنية على التاريخ الذي نتسلم فيه استمارة الطلب. بالنسبة للمُساعدة الطبية، يكون تاريخ بداية التغطية الطبية رهن البرنامج الطبي الذي تتأهل له وكذلك التاريخ الذي نتسلم فيه استمارة الطلب. بإمكانك طلب المساعدة بالنسبة للفواتير الطبية السابقة.

معلومات هامة حول وضع الهجرة وأرقام الضمان الاجتماعي

- بإمكانك تقديم طلب للحصول على المساعدة لبعض أفراد عائلتك حتى وإن كان بعض أفراد العائلة غير مُؤهلين بسبب وضعهم القانوني إزاء الهجرة. توفر ولاية واشنطن بعض البرامج الطبية للأفراد بدون رقم ضمان إجتماعي أو ما يثبت وضعهم القانوني إزاء الهجرة.
- إذا احتجت إلى مُساعدة غذائية أو مالية، سوف تضطر إلى تقديم رقم الضمان الاجتماعي أو ما يثبت وضعهم القانوني إزاء الهجرة، بالنسبة للأشخاص المُتقدمين بالطلب فقط. بإمكانك أن تُقدم رقم ضمانك الاجتماعي تلقائياً، ولكن نستعمله إلا للثبت من المعلومات الضرورية، مثل دخلك، لتحديد تأهلك. إذا اخترت عدم توفير رقم ضمانك الاجتماعي أو ما يثبت وضعهم القانوني إزاء الهجرة، سوف يتم التثبت من دخلك ومواربك إن كان ذلك ضروريًا لتحديد تأهيلك.

مساعدة عامة لمن لا يتأهل
للعمل



عناية التمريض في المنزل
أو المساعدة للأحياء



مساعدة مالية



مساعدة غذائية



مساعدة طبية



مساعدة عامة لمن لا يتأهل
للعمل



عناية التمريض في المنزل
أو المساعدة للأحياء

تمنع كتابة الدولة للفلاحة بالولايات المتحدة (s) التمييز في كل برامجها ونشاطاتها باعتبار العرق أو اللون أو الجنس أو الدين أو البلد الأصلي أو التوجهات السياسية. بالنسبة للأشخاص ذوي اعاقة والذين تتطلب حالتهم وسائل إتصال بديلة للمعلومات حول البرنامج (لغة برايل أو طباعة بالخط الكبير أو كاسيت سمعية، إلخ)، يجب عليهم الاتصال بمركز كتابة الدولة للفلاحة: "USDA's TARGET Center" بالرقم التالي: 720-2600 (202) (بالنسبة للصم والبكم). إذا أردت رفع دعوى في التمييز، الرجاء الكتابة إلى مكتب الحقوق المدنية:

USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 14th and Independence Avenue S.W., Washington, D.C. 20250-9410
أو الاتصال بالرقم: 720-5964 (202) (بالنسبة للصم والبكم). تتحترم كتابة الدولة للفلاحة مبدأ المساواة في التوظيف.



طلب الحصول على مساعدة

APPLICATION FOR BENEFITS



إذا احتجت لمساعدة للأهزة الاستثمارية،
الرجاء تأشير هذا المربع وأخذه إلى موظف الاستقبال.

FOR OFFICE USE ONLY	
DATE RECEIVED	INITIALS

2. رقم هوية العميل (إن كان معروفاً)	الحرف الأول للاسم الثاني	اللقب العائلي	التوقيع (الزمامي)
4. رقم الهاتف بالمنزل أو هاتف الرسائل الصوتية	العنوان السكن	المدينة	الرمز البريدي
6. رقم الهاتف بالعمل	5. العنوان البريدي (إن كان مختلفاً)	المدينة	الرمز البريدي
7. عنوان البريد الإلكتروني	9. أنا متقدم بطلب للحصول على (الرجاء وضع إشارة على كل المربعات المناسبة):		
8. رقم الهاتف الجوال	<input type="checkbox"/> غيره (الرجاء الشرح): <input type="checkbox"/> تمريض في المنزل <input type="checkbox"/> علاج بسبب الإدمان على المخدرات والكحول <input type="checkbox"/> مال <input type="checkbox"/> غذاء <input type="checkbox"/> مساعدة المعاش أو داخل المنزل <input type="checkbox"/> علاج طبي COPES		
10. ما هو المبلغ الذي من المنتظر أن تحصل عليه عائلتك في هذا الشهر: \$ _____			
11. ما هو المبلغ الذي في حوز عائلتك الآن سواء نقداً أو مودعاً في حسابات بنكية: \$ _____			
12. ما هو مبلغ الإيجار أو القرض العقاري الذي تدفعه عائلتك شهرياً: \$ _____			
13. ما هي المراقبة التي تتتكلف بها عائلتك: <input type="checkbox"/> التدفئة/التبديد <input type="checkbox"/> الهاتف <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____			
14. هل يعمل أحد أفراد العائلة في المزارع بشكل موسمي أو متنقل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			

FOR OFFICE USE ONLY - Household eligible for expedited service: Yes No **Screener's Initials:** _____ **Date:** _____

15. يجب أن يتم الحديث عن طريق الهاتف لأنني: <input type="checkbox"/> مُسنّ <input type="checkbox"/> مُعاق <input type="checkbox"/> أعمل <input type="checkbox"/> هناك إعاقات أخرى: _____			
16. أحتاج إلى مترجم. أتحدث _____ أو لغة إشارات؛ أريد رسالتي باللغة: _____			
17. إن كنت تطلب مساعدة غذائية، ما هو عدد الأفراد في عائلتك الذين تشتري الطعام وتعده لهم؟ _____			
18. خلال 30 يوماً الماضية، حصلت على مساعدة مالية أو غذائية أو طبية من ولاية أخرى أو من مصدر آخر: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
19. لقد تمت إدانتي، أو إدانة شخص آخر أتقدم باسمه في هذا الطلب، هارب من القانون لأنحبذهاب إلى السجن بسبب جريمة لها علاقة بالمخدرات بعد تاريخ 21 أغسطس 1996: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
20. إني، أو شخص آخر من عائلتي في حالة، (أشر كل ما هو مناسب): <input type="checkbox"/> حامل؛ تاريخ الولادة: _____			
21. تم غلق المراقبة أو ليس هناك تدفئة <input type="checkbox"/> في حالة طبية طارئة <input type="checkbox"/> إشعار بإخلاء المحل _____			
22. المعلومات التالية إرداية ولن تستعمل لتحديد تأهلك للحصول على المساعدة.			
أصلي العربي إسباني أو لاتيني: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا أعتبر أصلي العربي على أنه (أشر كل الأجهزة المناسبة): <input type="checkbox"/> أبيض			
<input type="checkbox"/> أسود أو إفريقي-أمريكي <input type="checkbox"/> آسيوي <input type="checkbox"/> من موايد جزر هواي أو جزر الباسيفيك			
<input type="checkbox"/> من الهندو الصيني أو من موايد آسيا: ما هو اسم القبيلة: _____ <input type="checkbox"/> غير ذلك (أذكر): _____			
23. أذكر أسماء كل أفراد العائلة، حتى وإن كنت غير متقدماً بطلب نيابة عنهم (الحق أوراق إضافية إن كان ذلك ضروري).			

الجنس ذكر أو أنثى	رقم الضمان الاجتماعي	خيارات غير مقدمي الطلب		هل تزيد مساعدة لهذا الشخص؟ نعم لا	ما هي علاقة القرابة بينكم؟	الاسم (الأول، الوسط، اللقب العائلي)
		إن لم يكن مواطناً أمريكي، هل هناك وثيقة تثبت وضعه القانوني؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	مواطن أمريكي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أنا
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



رقم هوية العميل	رقم الضمان الاجتماعي	اسم صاحب الطلب
-----------------	----------------------	----------------

I. معلومات عامة

1. كل الأفراد الذين تقدمت بالطلب نيابة عنهم يسكنون في ولاية واشنطن. نعم لا إن كان الجواب نعم، بداية من (أذكر التاريخ): _____
2. أنا أو فرد آخر في عائلتي، أجنبي تحت الكفالة: نعم لا
3. أحد الأفراد لا يقيم معنا حالياً بصفة مؤقتة: نعم لا إن كان الجواب نعم، من هو هذا الفرد (أذكر اسم الفرد): _____
4. أنا، أو أحد أفراد عائلتي من قدماء المحاربين أو موال أو زوج (زوجة) أحد قدماء المحاربين (متوفياً أو على قيد الحياة): نعم لا
5. أنا أسكن في: منزلي أو شقتي منزل خاص بالبالغين منزل مُخصص لمجموعة من الناس غيره: _____
6. أنا: أعزب (عازبة) متزوج (متزوجة) منفصل (منفصلة) أرمل (أرملة)

II. معلومات حول التأمين الصحي والطبي

أنا، أو نحن (ضع علامة على المربع المناسب):

1. لدى (لدينا) مشاكل صحية تمنعني (تمتنعنا) من العمل نعم لا
2. لدى (لدينا) فواتير طبية غير مدفوعة نعم لا
3. أحتجاج (تحتاج) إلى مساعدة لدفع فواتير طبية خلال الثلاثة (3) أشهر الماضية نعم لا
4. أنوي (ننوي) الدخول إلى، أنا (نحن) في، أو غادرنا مؤخراً منشأة طبية (مثل المستشفى أو منشأة للرعاية) نعم لا
5. لدى (لدينا) تأمين صحي (بما في ذلك «ترياكار» أو تأمين Tricare) (Long-Term Care Insurance). نعم لا
6. لدى (لدينا) مديكار Medicare: هذا مختلف عن القسميات الطبية نعم لا
7. لقد أصبحت (أصبحنا) في حادث يتطلب عناية طبية نعم لا

III. الموارد

ليس عليك ملء هذا القسم إن كنت متقدماً بطلب للحصول على مساعدة طبية للأطفال أو مساعدة طبية بسبب الحمل فقط.

بالإضافة إلى العناصر المذكورة أدناه، تشمل الموارد النقد أو المال في حوزة شخص آخرين أو عقود البيع أو المشية أو القمح (الحصاد، الشمار) والمعدات التجارية.

- إن كان الجواب نعم، الرجاء ذكر هذه الموارد أدناه:

1. لدى، لزوجي (زوجتي) أو شخص آخر تقدم بالطلب نيابة عنه، موارد: نعم لا

نوع المورد؟	من يمتلك هذا المورد؟	أين يوجد هذا المورد (مثال: اسم البنك)؟	المبلغ أو القيمة	من يمتلك هذا المورد؟	أين يوجد هذا المورد (مثال: اسم البنك)؟	البلوغ أو القيمة	من يمتلك هذا المورد؟	أين يوجد هذا المورد (مثال: اسم البنك)؟	البلوغ أو القيمة	النوع؟
حساب (حسابات) بنكية			\$			\$			\$	الحساب
حساب (حسابات) إدخال أو نقابات التسليف			\$			\$			\$	الحساب
حساب (حسابات) مدفوعات نقدية أو السوق النقدية			\$			\$			\$	الحساب
أموال تحت الوصاية أو إيراد سنوي			\$			\$			\$	الحساب
أسهم أو سندات أو استثمارات مُشتركة صندوق تقاعد أو إجراءات التقاعد الشخصية (IRA)			\$			\$			\$	الحساب
حسابات أو خطة أو قطعة أرض للدفن			\$			\$			\$	الحساب
تأمين على الحياة			\$			\$			\$	الحساب
ملكية			\$			\$			\$	الحساب
غير ذلك:			\$			\$			\$	الحساب
غير ذلك:			\$			\$			\$	الحساب
أنا أو زوجي (زوجتي) أو شخص آخر تقدم بالطلب نيابة عنه، بعث أو تبادلت أو تنازلت عن أو نقلت مصدرها خلال الخمسة (5) سنوات الأخيرة (بما في ذلك المنقولات إلى أموال تحت الوصاية أو أملاك مدى الحياة): <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إن كان الجواب نعم، ما هو هذا المورد: _____ متى: _____										الحساب
3. لدى، أو شخص آخر تقدم بالطلب نيابة عنه، السيارات (العربات) التالية (بما في ذلك الشاحنات والحافلات والمركبات والقطارات):										الحساب
السنة (مثال: 1980)	النوع (مثال: فورد)	الموديل (مثال: إسكورت)	هل هذه العربية مؤجر؟	أنا (نحن) أستعمل هذه العربية لأغراض طبية.	أنا (نحن) أستعمل هذه العربية لأغراض طبية.	من يمتلك هذا المورد؟	أين يوجد هذا المورد (مثال: اسم البنك)؟	البلوغ أو القيمة	من يمتلك هذا المورد؟	النوع؟
			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		السيارة
			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		السيارة



IV. الدخل

1. لدى، أو لزوجي (زوجتي) أو شخص آخر تقدمت بالطلب نيابة عنه، دخل: نعم لا إن كان الجواب نعم، املأ هذا القسم:

المبلغ الإجمالي الحاصل (القيمة بالدولار قبل الضرائب)

\$ كل: ساعة أسبوع أسبوعين

مرتين في الشهر شهرياً ساعات في الأسبوع:
تاريخ الدفع (مثال: 1 و 15 من كل شهر، أو كل يوم جمعة):

اسم صاحب العمل ورقم الهاتف

هل هذه وظيفة حرة؟ نعم لا
من هو الشخص الحاصل على هذا الدخل:

المبلغ الإجمالي الحاصل (القيمة بالدولار قبل الضرائب)

\$ كل: ساعة أسبوع أسبوعين

مرتين في الشهر شهرياً ساعات في الأسبوع:
تاريخ الدفع (مثال: 1 و 15 من كل شهر، أو كل يوم جمعة):

اسم صاحب العمل ورقم الهاتف

هل هذه وظيفة حرة؟ نعم لا
من هو الشخص الحاصل على هذا الدخل:

2. أنا، أو زوجي (زوجتي) أو شخص آخر تقدمت بالطلب نيابة عنه، غادر وظيفته خلال الستين (60) يوماً الماضين. نعم لا

الدخل آخر	من يحصل على الدخل؟	الدخل الشهري	الدخل الشهري	الدخل الجملي الشهري
مساعدات بسبب البطالة (عدم الشغل)	\$	\$	\$	\$

الضمان الاجتماعي

دخل إضافي من الضمان الاجتماعي (SSI)

إعالة طفل أو صيانة زوج (زوجة)

التقاعد أو المعاش

إدارة قدماء المحاربين (VA) أو الجيش

الشغل والصناعة (L&I) أو منافع التأمين

أموال تحت الوصاية أو إيراد سنوي

غير ذلك:

V. المصاريف (النفقات) الشهرية

الإيجار	الرهن	إيجار محلٌ	تأمين الملكية	ضرائب على الملكية	تقديرات الملكية
\$	\$	\$	\$	\$	\$

المراافق (ضع علامة على كل المربعات المناسبة): الكهرباء (دون التدفئة) الهاتف التدفئة (الغاز، الكهرباء، النفط) الماء، الزبلة، ...
هناك وكالة أخرى، أو شخص آخر يساعدني على دفع قسط من، أو كل نفقات المنزل: نعم لا
إن كان الجواب نعم، من: _____ ما هي هذه النفقات: _____ المبلغ الذي يدفعونه: \$ _____

أقوم (نقوم) بدفع، أو من المنتظر أن أدفع (ندفع) (ضع علامة على كل المربعات المناسبة):

<input type="checkbox"/> عناء طفل أو شخص معال	المبلغ الشهري:	من يدفع:	\$	تقديرات الملكية	ضرائب على الملكية	تأمين الملكية	إيجار محلٌ	إيجار
<input type="checkbox"/> إعالة طفل	المبلغ الشهري:	من يدفع:	\$					
<input type="checkbox"/> فواتير طبية	المبلغ الشهري:	من يدفع:	\$					

التصرير والتوكيع

لقد قرأت واطلعت على (أو قُسّرت لي) حقوقي وواجبات العميل (DSHS 14-113(X)). يجب أن أصرّح بكل التغييرات كما هو مطلوب من طرف الإدارة. يجب أن أقدم الأدلة الثابتة على أنني مؤهل. قد تساعدني إدارة (DSHS) على الحصول على هذه الأدلة أو الاتصال بأشخاص أو وكالات آخرين من أجل ذلك. بحصولي على المساعدة المؤقتة للعائلات المحتاجة (Temporary Assistance to Needy Families - TANF) أو مساعدات العناية الطبية، إني أحول بعض حقوقني فيما يتعلق بإعالة الطفل أو بالرعاية الطبية إلى ولاية واشنطن. أصرّ تحت طائل عقوبات الغش والتزوير أن المعلومات التي قدمتها في هذه الوثيقة صحيحة وحقيقة و كاملة إلى حدّ معرفتي. أنا متفهم أنه بالإمكان محاكمتي عدلياً إذا استلمت مساعدة غذائية أو طبية بصفة غير صحيحة لأنني قُمت عنوة بتقديم تصريحات مزورة أو لم أقدم عنوة معلومات كان على الإلقاء بها. يجب على صاحب المطلب فقط توقيع الوثيقة إن كان الطلب يتعلق بمساعدة غذائية. إن كان الطلب للحصول على مساعدة مالية أو طبية، يجب على كل أفراد العائلة البالغين توقيع الوثيقة.

توقيع صاحب الطلب الثاني البالغ	التاريخ	توقيع صاحب الطلب	التاريخ
توقيع الشاهد إن كان التوقيع بإشارة "X"	التاريخ	توقيع المساعد أو الممثل	التاريخ

